

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

360

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean MASSOT

Né le 24 Novembre 1911, à LA HAYE-DESCARTES (I.-et-L.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
FIBROMES UTÉRINS

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS OBTENUS CHEZ 131 OPÉRÉES

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean MASSOT

Né le 24 Novembre 1911, à LA HAYE-DESCARTES (I.-et-L.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
FIBROMES UTÉRINS

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS OBTENUS CHEZ 131 OPÉRÉES

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAINEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER.
Clinique médicale		CHIRAY.
		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBoulLE't.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale		CUNEO.
		GOSSET.
		GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique		LENORMANT.
Clinique urologique		TERRIEN.
		MARION.
Clinique d'accouchements		LEVY-SOLAL.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose		VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANÇON.
Clinique cardiologie		MATHIEU.
Assistance médico-sociale		LAUBRY.
		CROUZON.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD El. .	Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER .	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNK-ERENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOUL .
FEY	Urologie.	LAROCHE Guy.
GAILLARD	Parasitologie.	LAVIER
GASTINEL	Bactériologie.	LELONG
		Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LFVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MA MERE ADOPTIVE

*Faible témoignage de ma profonde
admiration et de ma reconnaissance.*

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur P. DUVAL

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommage de profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé A. BASSET

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Qui a bien voulu m'autoriser à consulter les observations de son service.

A Monsieur le Professeur agrégé A. AMELINE

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail et m'a donné ses observations.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère reconnaissance et les remerciements du précieux enseignement que j'ai reçu dans leur service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOURS

1930. Professeur BOSC (*in memoriam*).

1931. Professeur LAPEYRE (*in memoriam*).

1932. Professeur GAUDEAU.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

1933. Docteur LOUIS RAMOND.

Professeur GUILLAIN.

1934. Professeur BRINDEAU.

EXTERNAT

1934-1935. Professeur BASSET.

Professeur AMELINE.

1935-1936. Docteur TOURAINÉ.

Docteur M. LEON-KINDBERG.

1936-1937. Docteur LESNE.

1937. Docteur DUHEM.

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé d'apporter, en contribution à l'étude des fibromes utérins, les observations de 131 malades opérées depuis 1930 jusqu'en octobre 1937 par M. le Professeur Basset et M. le Professeur Ameline, et revues sur un total de 212 opérées.

Nous avons essayé d'établir quelles ont été les suites immédiates et éloignées des interventions qui ont été faites pour traiter les différentes variétés cliniques et anatomiques des fibromes observés.

Nous avons cherché à savoir si les troubles de castration chirurgicale ne compromettaient pas trop la qualité des guérisons opératoires.

Après avoir étudié cette ménopause artificielle et les moyens thérapeutiques préconisés pour y pallier: chirurgie conservatrice d'une part, médication opothérapique substitutive d'autre part, nous avons cherché à savoir si leur application avait amélioré l'avenir des femmes opérées de fibrome utérin.

Pour réunir notre documentation nous avons convoqué toutes les opérées. Nous avons pu en examiner personnellement 101 d'âge fort différent, ayant été opérées de 6 mois à 7 ans auparavant.

Nous avons ensuite adressé à celles des malades,

qui n'ont pu se rendre à la consultation demandée, un questionnaire auquel 30 ont répondu de façon suffisamment précise pour nous permettre d'étendre le champ de notre enquête.

Nous n'avons pas eu la prétention d'établir une statistique de valeur absolue et immuable : le nombre de nos observations n'étant pas assez élevé, mais nous avons voulu apporter des faits précis et contrôlés, qui viennent s'ajouter aux très nombreux documents qui se rattachent à ce sujet.

ETAT ACTUEL DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMES

Statistique des lésions observées et des opérations chirurgicales pratiquées

Avant d'étudier les cas particuliers qui nous intéressent, nous rappellerons brièvement l'état actuel du traitement du fibrome.

Nous ne ferons que citer la radiothérapie, qui ne rentre pas dans le cadre de notre étude et à laquelle aucune de nos malades n'a eu recours.

Pour la majorité des chirurgiens le traitement chirurgical de la fibromatose utérine, c'est l'hystérectomie avec castration, ou bien si elle est techniquement possible avec conservation des annexes d'un côté ou des deux côtés.

Pour certains cependant, la présence d'un fibrome unique ou de deux fibromes bien isolés et accessibles autorise la myomectomie dont le but est la conservation de la fonction de reproduction malgré le risque de récidence et les difficultés d'hémostase.

Quant au polype fibreux, c'est une forme clinique qui n'entraîne en général qu'une intervention de

moindre importance ; la simple excision par les voies naturelles suivie de cautérisation.

Pour notre part, nous avons constaté que sur 131 opérées, 121 ont subi l'hystérectomie :

34 ont été opérées entre 30 et 40 ans.

45 ont été opérées entre 40 et 45 ans.

42 ont été opérées après 45 ans.

L'enseignement capital fourni par ces chiffres est la grande fréquence des hystérectomies pour fibrome.

A l'intervention, on a trouvé chez ces malades 39 volumineux fibromes dont plusieurs atteignaient le poids de 2 kgs 500, 3 kgs, et même 3 kgs 500, nécessitant une préparation de plusieurs mois avant l'intervention.

Dans 9 cas le fibrome était enclavé dans le petit bassin ; l'un d'eux coexistait avec une grossesse de 6 mois.

Dans 12 cas on a trouvé des fibromes multiples de volume variable.

21 fois l'utérus enlevé était fibromateux et augmenté de volume dans son ensemble, sans qu'il y ait de noyau isolable et très développé.

Mais surtout nous avons été frappé par la fréquence de l'association des lésions des annexes qui a été observée 39 fois.

Dans 35 cas il s'agissait d'une annexite sclérokystique uni ou bilatérale avec lésion de la trompe (hydrosalpinx) et lésion de l'ovaire.

Deux fois on est intervenu sur un pyosalpinx et deux fois sur un hématosalpinx.

Enfin dans 3 cas, l'aspect macroscopique de la tumeur a fait craindre une dégénérescence néoplasique que l'examen microscopique n'a pas confirmé; dans l'un des cas le fibrome était un polype fibreux du col.

La technique de l'hystérectomie n'a pas toujours été la même :

Il a été pratiqué chez nos opérées :

94 subtotaux avec ablation des annexes.

4 hystérectomies totales.

3 hystérectomies vaginales.

16 hystérectomies avec conservation d'un ovaire.

4 seulement avec conservation des annexes des deux côtés.

Dans tous ces cas, la technique opératoire a été imposée par l'état des lésions.

On a dû tenir compte du volume et du nombre de fibromes, de l'envahissement du col, de l'aspect suspect de dégénérescence des tissus. Mais surtout c'est la fréquence des lésions annexielles qui a posé les problèmes les plus délicats. Dans de nombreux cas, le chirurgien a jugé nécessaire de sacrifier un ovaire présentant un simple petit noyau sclérokystique faisant craindre pour l'avenir la nécessité d'une réintervention.

Les mêmes difficultés se sont présentées pour savoir dans quels cas il fallait drainer.

Le chirurgien doit donc être très éclectique. Il ne saurait obéir à une règle immuable, chaque cas étant un cas d'espèce ; cependant on peut considérer qu'en présence de :

1° D'annexes suspectes: il ne faut rien conserver.

2° De col suspect ou malade : il faut faire une hystérectomie totale.

3° De fibrome mou ou dégénéré, en présence d'infection : il faut drainer.

Dans les autres cas et chaque fois qu'il est possible de le réussir techniquement, il faut conserver le maximum, soit un ovaire ou un fragment d'ovaire, soit les annexes des deux côtés ou mieux enfin pratiquer la myomectomie. Nous en avons relevé trois observations.

Deux d'entre elles ont été réalisées facilement, le chirurgien s'étant trouvé en présence d'un fibrome unique implanté sur le fond utérin.

La troisième observation concerne une femme qui présentait un fibrome évoluant parallèlement à une grossesse, ce qui a déterminé la myomectomie. Nous verrons que deux ans après, elle a dû subir une hystérectomie pour récurrence. La technique de la myomectomie est assez simple. L'hémostase doit être très soignée par plusieurs surjets de catguts pour effacer la cavité d'énucléation. Il faut éviter d'ouvrir la cavité utérine.

Nous avons également observé 8 cas de polypes du col ou de l'isthme, chez des femmes de plus de 40 ans, donc à l'approche de la ménopause.

La simple excision du pédicule du polype, suivie de cautérisation au chlorure de zinc a suffi dans trois cas. Dans trois autres, on a dû, pour atteindre le pédicule d'implantation, inciser la lèvre antérieure du

col et dans un septième cas faire le premier temps d'une hystérectomie vaginale.

L'aspect suspect macroscopique de dégénérescence néoplasique a fait, chez la huitième, pratiquer l'hystérectomie avec conservation des ovaires.

Voici dans le détail quelles furent les différentes méthodes de traitement chirurgical qu'ont subi les opérées. Nous allons suivre maintenant l'évolution ultérieure de leur état de santé, tant au point de vue local que général.

TABLEAU N° 1

Lésions constatées chez 131 opérées :

Volumineux fibromes	39
Fibromes enclavés	9
Fibromes multiples	12
Utérus fibromateux	21
Fibromes associés à des lésions des annexes ..	39
Aspect suspect de dégénérescence	3
Fibrome sphacélé	1
Fibrome et grossesse	2

TABLEAU N° 2

Opérations pratiquées chez les 131 opérées revues :

Hystérectomies subtotaux	121
Hystérectomies subtotaux avec castration	94
Hystérectomies totales	4
Hystérectomies vaginales	3
Hystérectomies avec conservation d'un ovaire..	16
Hystérectomies avec conservation bilatérale des annexes	4
Myomectomies	3
Excisions de polypes fibreux	7

RESULTATS IMMEDIATS

Le gros écueil de la chirurgie des fibromes utérins reste la mort subite par complication veineuse contre laquelle la thérapeutique est actuellement impuissante. Nous devons dire que fort heureusement cette éventualité est rare puisque 3 femmes seulement sont décédées dans les huit premiers jours sur 212 opérées. (Nous comprenons dans ce nombre les femmes qui n'ont pas répondu à notre convocation mais pour qui nous avons consulté le registre des observations).

Les complications infectieuses d'origine vasculaire sont moins rares, nous en avons observé 5 cas. Deux d'entre eux relatent une légère périphlébite sans gravité, ayant cédé aux anti-infectieux rapidement, et n'ayant laissé qu'un œdème intermittent légèrement douloureux et qui a disparu définitivement en quelques mois.

Obs. I. — Mme P..., 47 ans, opérée le 11 septembre 1937, après 3 mois de préparation car fibrome compressif.

Hystérectomie subtotale pour énorme fibrome. A fait un infarctus le vingtième jour après l'intervention avec réaction pleurale. A été revue le 20 décembre 1937. Guérison complète.

Obs. II. — Mme D..., 50 ans, opérée le 11 septembre 1936.

Hystérectomie subtotale pour fibrome sphacélé, opérée d'urgence avec température à 39° à l'intervention, deux fibromes normaux et un troisième sphacélé. Un drain.

A fait une phlegmatia bilatérale des membres inférieurs.

Obs. III. — Mme P..., 48 ans, opérée le 30 novembre 1935.

Hystérectomie subtotale pour fibrome, suspension du moignon du col par les ligaments ronds. Périnée complet.

A fait dans les suites une phlébite pelvienne, un petit infarctus pulmonaire et une phlegmatia crurale gauche. Une cure à Bagnoles-de-l'Orne en 1937, a beaucoup amélioré les séquelles d'œdème et de douleur.

TABLEAU N° 3

Résultats immédiats obtenus chez 212 opérées :

Décès : embolies.	3
Complications veineuses infectieuses	5

Résultats éloignés obtenus chez 131 opérées :

Troubles congestifs et circulatoires	Bouffées de chaleur	105
	Hypertension	23
Troubles du métabolisme	Obésité	24
	Amaigrissement	13
	Trouble du calcium (rhumatisme, arthrite) . .	7
Troubles nerveux	Dépression et asthénie . .	10
	Excitation, hyperémotivité.	30

RESULTATS ELOIGNES

Nous abordons maintenant le chapitre le plus important de notre étude, qui a trait à ce que sont devenues ultérieurement ces opérées.

Nous avons vu que le plus grand nombre avait subi l'hystérectomie avec ablation des annexes, ce qui pose le problème de la ménopause artificielle et du déséquilibre qui en est la conséquence.

Nous allons étudier ces troubles et ensuite les moyens employés pour les combattre, après avoir rappelé quelques notions historiques.

Historique de la ménopause chirurgicale

La connaissance de la castration chez la femme remonte à une période fort ancienne. En 1790, Percival Pott observe, à la suite d'une castration, dans un cas de hernie double des ovaires, l'arrêt des règles et l'apparition d'une obésité importante. En 1873, Puech écrivait : « L'extirpation des ovaires n'apporte aucune modification de l'état général des opérées ». Jusqu'en 1889, les chirurgiens admettent dans l'ensemble que la castration n'amène chez la femme que quelques troubles sans importance et les premiers

gynécologues de l'ère antiseptique sacrifient toujours les ovaires. Gloeveke, en 1889, le premier, étudie bien ces troubles et parle des bouffées de chaleur avec sueurs et vertiges, de modifications de caractères pouvant aller jusqu'à l'aliénation mentale.

En 1891, la question est discutée au 5^e Congrès français de chirurgie. Sir Spencer Wells déclare : « Qu'après l'ablation des ovaires et des annexes, si la malade ne meurt pas au lieu d'être guérie de ses souffrances, elle reste dans un état de santé plus mauvais qu'avant l'intervention ». Jayle, en 1897, note l'importance des troubles de la ménopause provoquée et conclut : « Les troubles consécutifs à la castration chirurgicale sont constants. Ces troubles sont gênants non seulement pour la malade mais aussi pour son entourage, ils durent longtemps, beaucoup plus longtemps qu'on ne le dit et quelques-uns paraissent au-dessus de tout traitement. L'ablation totale des deux ovaires n'est à pratiquer qu'en dernière ressource. La résection ovarienne doit toujours être préférée à l'ablation complète ».

Suit alors une longue période pendant laquelle les troubles de la castration perdent leur importance aux yeux de la grande majorité des chirurgiens. Ils préfèrent les interventions radicales plus simples d'exécution pour lesquelles on a rarement à intervenir et se refusent à faire courir un risque aux opérées dans l'espoir problématique d'éviter à celles-ci les troubles insignifiants de la castration. En 1911, Sauvé va jusqu'à nier les troubles de la ménopause et con-

clut à l'inutilité de la conservation ovarienne. Cette opinion générale est encore préconisée par de nombreuses publications qui signalent les inconvénients de la conservation d'un ovaire qui devient kystique et douloureux et nécessite parfois une réintervention. Après la guerre ce sont ces mêmes idées qui sont reprises. Au Congrès français de chirurgie de 1926, dans leur rapport sur la chirurgie conservatrice dans les lésions inflammatoires des annexes, De Rouville et Mocquot, résumant l'opinion des chirurgiens, s'expriment ainsi : « Les accidents de la ménopause artificielle, dont l'importance varie d'ailleurs avec l'âge des malades, leur état organique, leur état nerveux antérieur et l'intensité de leurs lésions, sont, dans l'immense majorité des cas, cause de gêne et d'ennuis temporaires et n'entravent sérieusement la vie normale des opérées que d'une façon exceptionnelle, mais nous admettons tous leur constance, réduits à ce que l'on voudra, ces troubles existent ».

Dans sa thèse, Relier précise certains points. Notamment l'âge de la femme ne domine pas de façon absolue l'importance des troubles de la castration ; non plus que l'intensité des lésions ne limite les dégâts subis par l'organisme du fait de la castration.

Desmarest insiste sur deux points qui dominent pour lui l'avenir des opérées, l'état organique des malades d'une part, l'état nerveux antérieur d'autre part. Etant donné le rôle de l'ovaire dans l'ensemble de l'appareil endocrinien et ses rapports intimes avec les autres glandes à sécrétion interne, l'ablation des

ovaires aboutit à un déséquilibre tel qu'on peut dire qu'une autre femme naît de l'acte opératoire. Et cet auteur ne partage pas l'optimisme des rapporteurs du Congrès de 1926 qui en reste à : « Cette simple gêne et à ces ennuis temporaires qui n'entravent que d'une façon exceptionnelle la vie normale des opérées ». Cotte, dans son *Traité des troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, est aussi pessimiste : « Les effets de la castration, écrit-il, sont bien connus mais ici très souvent l'interprétation des documents est faussée par l'esprit que les chirurgiens apportent dans l'appréciation des résultats obtenus. On confond en effet très souvent la valeur thérapeutique de l'intervention chirurgicale et ses effets physiologiques. Il suffit que la malade ne souffre plus, qu'elle ait repris une vie active pour passer sous silence les troubles consécutifs à la castration et pour affirmer que l'ablation des ovaires n'amène aucun changement dans l'organisme ».

Nous allons étudier chez nos opérées comment se sont manifestés ces troubles et nous verrons si nos conclusions se rapprochent de celles de ces auteurs.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA MENOPAUSE ARTIFICIELLE

Toutes les femmes que nous avons observées et qui ont subi l'hystérectomie avec ablation des annexes ont eu des troubles, mais, nous le verrons, avec plus ou moins d'intensité.

Nous les avons classés de la façon suivante :

Troubles congestifs et circulatoires.

Troubles du métabolisme.

Troubles nerveux et psychiques.

Ces différents symptômes se sont trouvés parfois isolés mais le plus souvent ils étaient associés, réalisant des tableaux différents, selon la prédominance de l'un ou de plusieurs d'entre eux.

Troubles congestifs et circulatoires

Ce sont les plus constants et ceux qui frappent le plus les opérées. Les manifestations les plus fréquentes sont les bouffées de chaleur ainsi décrites par Tuffier : « Subitement, au cours de la conversation, le sang monte au visage, déterminant une sensation de chaleur brûlante avec sifflements, bourdonne-

ments d'oreille. La femme se dégrafe, cherche un peu d'air frais, au bout de quelques minutes elle devient pâle, son corps est baigné de sueur comme si elle sortait de l'eau ».

Nous avons constaté que 105 femmes ont ressenti des bouffées de chaleur. Elles sont apparues presque toujours dès le premier mois de l'opération. Le plus souvent, elles se produisent tous les jours en nombre variable, trois ou quatre fois en 24 heures, mais parfois pouvant se reproduire jusqu'à 15 ou 20 fois en un jour et même à la fréquence de plusieurs fois dans une heure. Chez les unes, elles sont à prédominance nocturne, chez les autres elles se produisent après les repas, pendant la digestion, d'autres n'en ont pas tous les jours mais à date fixe, suivant le cycle menstruel défailant. Cette manifestation au moment où devrait se produire les règles se traduit parfois par une recrudescence des bouffées de chaleur chez celles qui en ont tous les jours.

Par contre, lorsqu'elles commencent à s'espacer et à diminuer d'intensité, ce qui se produit en général vers la fin de la deuxième année, parfois un peu plus tard, elles sont encore plus marquées au moment de cette période mensuelle.

Nous verrons enfin l'influence très nette du traitement opothérapique sur ces troubles.

Ces bouffées de chaleur se sont accompagnées de céphalées chez 39 opérées. Moins fréquentes, elles n'en sont pas moins pénibles. En général violentes, elles sont à prédominance frontale ou pariétale, ou

occipitale. Elles sont peu ou même nullement calmées par les analgésiques habituels. Deux fois elles survenaient en même temps que des nausées. Là encore on constate une régression vers la troisième année après l'intervention.

On observe souvent en même temps des troubles oculaires, scintillements et photophobie. Chez ces femmes on note le plus souvent des vertiges et des palpitations parfois avec douleur précordiale et sensation d'angoisse.

15 opérées se sont plaintes de vertiges et 23 de palpitations. 3 seulement de douleur précordiale avec angoisse. Mais nous n'avons jamais constaté de crises de tachyarythmie ni d'extrasystoles.

Un phénomène, qui est assez fréquent et qui impressionne désagréablement les malades c'est une sorte d'engourdissement des membres, sensation de « fourmillement », disent-elles en général, intéressant l'extrémité des membres. Parfois d'un seul côté, parfois des deux côtés aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs. Nous avons constaté ce fait chez 20 opérées.

Plus rarement chez 4 malades, nous avons noté un syndrome d'asphyxie locale survenu depuis l'intervention.

Obs. IV. — Voici l'exemple de Mme P..., 50 ans, opérée le 22 août 1935, à 48 ans, d'une hystérectomie subtotale pour fibrome de la grosseur d'une orange. Suites opératoires immédiates simples. Depuis l'intervention a maigri de 6 kgs. A ressenti des bouffées de chaleur et des

palpitations quotidiennes, pendant 18 mois, 5 ou 6 chaque jour. Depuis 6 mois elles sont insignifiantes.

Ressent environ chaque semaine un trouble caractérisé ainsi : au réveil les doigts des deux mains sont blancs, exsangues et douloureux pendant dix minutes environ, puis tout rentre dans l'ordre.

Elle a ressenti également des vertiges et des scintillements.

La tension artérielle le 20 août 1937 était au Vaquez 18-10.

Elle est en outre plus nerveuse et plus irritable depuis l'intervention.

Elle n'a suivi aucun traitement médical depuis l'opération.

Nous avons constaté enfin un cas d'acrocyanose. A côté de ces troubles circulatoires, il nous faut étudier maintenant les variations de la tension artérielle auxquelles beaucoup d'auteurs rattachent à juste titre certaines des manifestations que nous venons de décrire, tels que les céphalées, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles. Paillard, en 1925, puis Mignot, en 1928, ont attiré l'attention sur les poussées d'hypertension survenant chez certaines femmes ayant subi la castration chirurgicale.

Pour Cotte, la suppression anatomique ou fonctionnelle des ovaires aurait sur la tension artérielle une influence d'autant plus accusée que les malades avaient déjà antérieurement de l'hypertension.

Nous avons étudié chez toutes les malades que nous avons revues la tension artérielle à l'aide du tensiomètre de Vaquez.

Dans 23 cas seulement la tension dépassait 15 divisions. Presque toutes avaient plus de 40 ans, sauf une femme de 39 ans et une de 37 ans ayant une maxima de 16. Dans 13 cas, la maxima oscille entre 18 et 22, aucune ne dépassant ce chiffre. 6 d'entre elles étaient déjà hypertendues avant l'intervention, et il ne semble pas que l'hystérectomie ait beaucoup influé sur leur tension. On note une augmentation des divisions de la maxima, une fois même elle n'a pas varié, chez une autre enfin, le régime suivi a déclenché une chute appréciable 22 à 17,5.

Reste 7 observations où on doit constater une tension artérielle assez élevée depuis l'intervention. En général, les malades ont consulté un médecin parce qu'elles avaient des maux de tête, des vertiges et après avoir suivi un régime et un traitement d'iode, la poussée d'hypertension aux environs de 20 s'est stabilisée aux environs de 16.

Une seule observation témoigne d'une hypertension tenace.

Obs. V. — Mme G..., opérée le 15 juin 1933, à l'âge de 47 ans, d'hystérectomie subtotale pour gros fibrome et annexite droite. Suites immédiates normales.

Revue le 25 août 1937, a maigri de 5 kgs, a eu des bouffées de chaleur par intermittence. Deux ans après l'intervention a commencé à ressentir des crampes dans les membres, des céphalées et des vertiges avec palpitations. La tension artérielle est restée à 21-12 depuis cette époque et malgré régime et traitement. Cependant elle n'a pas pris d'extraits ovariens.

Un dosage d'urée fait le 25 août 1937 montre 0 gr. 42 d'urée dans le sang.

Nous n'avons cependant jamais eu à déplorer un accident grave dû à l'hypertension tel qu'une rupture vasculaire.

Nous ne sommes donc pas éloigné de l'opinion de Relier qui, au cours d'une enquête sur la tension artérielle sur 50 hystérectomisées, n'a trouvé de l'hypertension que chez celles qui en avaient déjà avant l'intervention, et n'a trouvé chez les autres qu'une élévation de la maxima de 1 à 2 au Pachon.

Troubles du métabolisme

L'influence de la castration chez la femme est considérable sur le métabolisme général et se manifeste par un ralentissement de la nutrition. Dans la majorité des cas on observe une augmentation des réserves nutritives dont la conséquence est l'obésité. Ce signe a été longuement décrit par Tuffier, Serdjukoff et Mauté.

Nous allons voir qu'il est loin d'être constant d'après nos observations.

24 femmes ont vu leur poids augmenter de 7 à 20 kilos.

28 ont vu leur poids augmenter de 1 à 6 kilos.

36 sont restées stationnaires.

13 enfin ont maigri; ce fait paraît paradoxal mais il a été décrit fréquemment et nous verrons qu'il s'associe souvent à d'autres troubles.

Nous parlerons ici surtout de la première et de la dernière catégorie d'observations.

Parmi les 24 qui ont grossi de façon importante:

6 seulement ont augmenté de poids de plus de 13 kilos. Deux d'entre elles ont engraisé de 20 kilos et une de 16 kilos. Ce qui nous a frappé, c'est qu'aucune d'elles n'a subi de régime et deux seulement ont pris des médicaments. Est-ce sous leur influence? Toujours est-il que vers la fin de la deuxième année après l'intervention, après avoir atteint un maximum pour ces deux opérées une amélioration s'est fait sentir; elles ont reperdu 4 à 5 kilos.

Parmi toutes les autres une augmentation de 7 à 10 kilos n'implique pas fatalement l'obésité, certaines femmes étaient fort amaigries avant l'intervention et ont pu reprendre 10 kilos sans être pour cela obèses.

Nous avons relevé deux fois cette éventualité. Enfin là encore le régime et l'opothérapie ont amélioré le métabolisme. Plusieurs ont même retrouvé le poids d'avant l'intervention.

Par contre celles qui n'ont rien fait sont restées à un poids maximum atteint environ un an après l'opération.

Cette obésité se manifeste en général au niveau du bassin et de l'abdomen plus qu'au niveau des membres et de la face, surtout pour celles qui ont grossi moyennement. Cette obésité s'accompagne souvent d'une asthénie et de troubles nerveux et psychiques que nous retrouverons.

L'âge ne semble pas avoir d'influence sur les troubles du métabolisme.

Nous avons signalé que plusieurs femmes opérées

ont au contraire maigri. L'une d'elles a perdu 13 kilos.

Obs. VI. — Mme G..., 42 ans, opérée à 39 ans le 24 février 1934, revue le 27 août 1937, a subi une hystérectomie subtotale avec évidemment du col pour fibromes multiples et annexes droites adhérentes.

Elle pesait 62 kgs avant l'intervention, 3 ans après 49 kgs.

Elle ressent des bouffées de chaleur tous les jours, cependant depuis 1936 elles s'espacent et deviennent moins gênantes.

Elle a eu des fourmillements dans les bras et dans les jambes. Quelques palpitations et céphalées à l'époque correspondant aux règles.

Elle a assez fréquemment des insomnies entraînant une asthénie assez marquée.

T. A. : 11-7,5. Prend des cachets d'extrait d'ovaire 10 jours par mois.

Dans les autres observations, on constate seulement un amaigrissement de 5 kilos environ. Parfois ce sont celles qui ont eu une poussée d'hypertension, d'autres fois celles qui ont des troubles nerveux : hyperémotivité, irascibilité.

J.-Ch. Dalsace et Leriche ont décrit des troubles du métabolisme du calcium qui réalisent des tableaux cliniques voisins du rhumatisme chronique. Ce sont des ostéopathies à prédominance épiphysaire avec parfois atteinte du jeu normal de l'articulation voisine.

Dans 7 cas, nous avons relevé des manifestations semblables dont nous allons donner quelques exem-

ples. Auparavant nous voulons signaler certains troubles très fréquents que nous rattachons à ceux-là ; ce sont des algies des membres dont se sont plaintes 38 opérées. Algies intermittentes, survenant sans causes apparentes siégeant surtout au voisinage des articulations.

Ces troubles disparaissent assez rapidement vers la fin de la première année ou pendant la deuxième.

Plus intéressantes sont les observations suivantes :

Obs. VII. — Mme A..., 33 ans, opérée à 30 ans, le 22 novembre 1934, d'hystérectomie subtotale pour fibrome multilobé enclavé dans le petit bassin, avec légère salpingite droite.

Revue le 1^{er} septembre 1937, a engraisé de 17 kgs jusqu'en janvier 1937, a reperdu depuis 7 kgs.

A eu des bouffées de chaleur chaque jour depuis janvier 1937, n'en a plus qu'à l'époque correspondant aux règles.

T. A. : 12-8.

Mais, en juillet 1937, sont apparues des douleurs au niveau des genoux, des poignets, sans fièvre.

A l'examen on ne note pas de déformations, sauf aux deux mains dont les doigts sont légèrement « en coup de vent ». Les articulations douloureuses sont le siège de craquements à la mobilisation. Il n'y a pas d'ankylose. Les douleurs sont calmées par une cure de pyrèthane. Aucun antécédent personnel de rhumatisme.

Traitement ovarien *per os* 10 jours par mois.

Obs. VIII. — Mme D..., opérée à 45 ans, le 13 octobre 1936, d'une hystérectomie subtotale pour fibrome multilobé avec un ovaire sclérokystique. Conservation d'un ovaire. Revue en septembre 1937.

A engraisé de 4 kgs en 6 mois, depuis reste stationnaire.

A des bouffées de chaleur au moment des règles. Quelques fourmillements le matin et des vertiges.

T. A. : 12,5-7,5.

Nerveuse et irritable.

Présente depuis l'opération une arthrite sèche de l'épaule droite, sans atrophie musculaire, mais avec craquements à la mobilisation et limitation des mouvements.

A la radio, décalcification de la tête humérale.

Les douleurs sont moins violentes depuis trois mois.

Traitement : cachets d'extrait d'ovaire et d'extrait thyroïdien 10 jours par mois.

En dehors des algies si fréquentes dont nous avons parlé, ces deux observations résument les deux principaux tableaux observés : l'un ressemble au rhumatisme chronique des goutteux, l'autre à l'arthrite isolée. Rien n'autorise à affirmer que l'intervention est à l'origine de cette affection, étant donné qu'elle apparaît le plus souvent alors que les autres troubles sont déjà estompés.

Nous citerons maintenant l'observation d'une opérée qui a présenté un eczéma kératosique de la main droite.

Nous avons observé deux fois une manifestation cutanée survenant surtout à l'époque présumée des règles se traduisant par une rougeur apparaissant dans les aisselles et aux aines durant 8 jours environ.

Dans 6 cas, nous avons noté un trouble des pha-

nères: les ongles cassants et striés. Ce trouble précocé n'a pas duré plus de 6 mois chez les opérées.

Enfin, dans 11 observations, nous avons noté une presbytie apparue à la suite de l'intervention obligeant les opérées à porter des verres alors qu'elles avaient une vue parfaite auparavant.

Troubles nerveux et psychiques

Ces troubles sont incontestables, ils sont en général reconnus par les malades elles-mêmes, parfois par leur entourage qui en souffre.

Nous devons dire que nous n'avons pas observé de grands états morbides comme certains auteurs en ont décrit. On observe dans l'ensemble deux groupes de troubles : d'une part une dépression nerveuse qui se traduit le plus souvent par une asthénie aussi bien physique que mentale, d'autre part au contraire, on observe une excitation qui survient parfois par crises sur un fond permanent de dépression.

Les premières (10 cas) se plaignent surtout de lassitude. Elles accomplissent moins facilement leur travail, surtout les intellectuelles (secrétaires), elles ont remarqué une perte de mémoire pour les faits récents. D'autres sont tristes et même neurasthéniques, cependant nous n'avons noté aucune tentative de suicide.

Les autres (30 cas), au contraire, sont émotives, irascibles, se mettent en colère fréquemment et sans

raison. Presque toutes sont sujettes à des insomnies fréquentes.

Mais nous devons dire que les manifestations les plus intenses se produisent chez des femmes déjà nerveuses avant l'intervention, qui n'a fait qu'accroître leur déséquilibre.

Enfin, nous citerons certains cas heureux où les opérées soulagées des douleurs dues au fibrome par l'intervention, ont un caractère plus gai, en même temps que leur état physique s'est transformé.

Nous avons également cherché à savoir si la castration avait une influence sur le coït. C'est là un gros facteur de crainte pré-opératoire chez certaines malades. Elles ont peur de perdre toute sensibilité. Cette éventualité s'est présentée deux fois seulement.

Quatre fois au contraire l'opérée a prétendu avoir une exacerbation des sensations.

Pour la grande majorité, il n'y aurait aucune modification.

Ce qui autorise le chirurgien à rassurer pleinement les malades avant l'intervention.

Il nous reste à parler d'un signe extrêmement fréquent qu'il est difficile de rattacher à l'un des 3 grands syndromes étudiés. Nous voulons dire la constipation. Peut-être est-elle due au déséquilibre sympathique.

Nous l'avons noté chez 80 opérées, toutes doivent se surveiller et prendre quotidiennement un laxatif. C'est peut-être cette constipation qui est à l'origine de certaines colites très intenses survenues assez longtemps après l'intervention et que nous avons observées trois fois.

RESULTATS ELOIGNES DES HYSTERECTOMIES AVEC CONSERVATION D'UN OVAIRE OU DES ANNEXES DES DEUX COTÉS

Nous venons de voir quels étaient les troubles auxquels sont exposées les femmes ayant subi la castration.

Pour éviter un tel déséquilibre de l'état général, les chirurgiens ont proposé différentes méthodes:

1° La greffe ovarienne. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer.

2° La conservation isolée d'un ovaire. Cette intervention a été faite chez 15 de nos opérées.

3° La conservation des deux annexes des deux côtés. Elle a été réalisée 4 fois seulement dans notre statistique.

Nous devons reconnaître d'après nos observations que même la conservation d'un seul ovaire améliore beaucoup l'avenir des opérées. En effet, 8 d'entre elles n'ont pas eu de troubles et 2 seulement avaient suivi un traitement opothérapique.

Chez les 7 autres, on note quelques bouffées et algies des membres au moment des règles. Un cas d'arthrite de l'épaule que nous avons déjà décrit. Mais aucune poussée d'hypertension, pas d'obésité mar-

quée, pas de troubles nerveux. Une seule se plaint d'insomnie.

3 d'entre elles seulement ont pris de l'extrait d'ovaire.

Enfin, toutes sauf une sont réglées. Mais la durée et l'abondance des règles sont moindres qu'avant l'opération.

Les observations des 4 opérées à qui l'on a conservé les annexes des deux côtés sont encore plus satisfaisantes, aucun trouble n'a été constaté.

Obs. IX. — Mme B..., 43 ans, opérée le 10 février 1936, à 42 ans. Hystérectomie subtotala, conservation des deux ovaires pour polype utérin. Hyperplasie suspecte. Pas de dégénérescence néoplasique à l'examen microscopique. Revue un an et demi après, poids stationnaire à 50 kgs, nervosité, T. A. 14-9.

Obs. X. — Mme P..., 40 ans, opérée le 22 février 1937. Hystérectomie subtotala pour fibrome, conservation bilatérale des annexes.

Revue 6 mois après, poids stationnaire 73 kgs, quelques sueurs, pas de bouffées de chaleur. A eu quelques insomnies. Avait eu de l'hypertension à 27 ans, maxima 24. T. A. actuelle 12-9.

Obs. XI. — Mme P..., 40 ans, opérée le 14 mai 1936. Hystérectomie totale, conservation des ovaires. Revue un an après, avait perdu 3 kgs. Les a repris. Etat général et local excellent. Pas de bouffées de chaleur. T. A. 14-9,5.

Obs. XII. — Mme F..., 42 ans, opérée le 22 juin 1937. Subtotala pour gros fibrome, conservation des annexes

bilatérales. Revue 6 mois après, poids stationnaire, bon état local, pas de bouffées de chaleur, activité générale normale. T. A. 13,5-8,5.

Malheureusement, nous avons vu qu'il était rarement possible d'éviter la castration, étant donné la fréquence des lésions associées des annexes. Il nous reste à étudier les résultats éloignés des interventions suivantes : myomectomie et excision de polype.

RESULTATS DES MYOMECTOMIES ET DES ABLATIONS DE POLYPE

Nous avons vu que la myomectomie a pour but non seulement d'éviter la castration, mais aussi de conserver la fonction de reproduction. Nous n'avons pu revoir que 3 de ces opérées, dont voici les observations:

Obs. XIII. — Mme D..., 42 ans, opérée le 1^{er} avril 1937, myomectomie facile pour fibrome de la grosseur du poing implanté sur le fond utérin. Revue 6 mois après, est bien réglée. Pas de bouffées de chaleur, a engraisé de 3 kgs, quelques céphalées et vertiges. T. A. 14-10.

Localement utérus normal sans récurrence de fibrome cliniquement appréciable.

Obs. XIV. — Mlle D..., 35 ans, opérée le 23 novembre 1936, fibrome énorme implanté sur la face postéro-droite de l'utérus. Myomectomie facile, ligature et ablation d'un kyste hématique du pôle supérieur de l'ovaire gauche. Un drain. Revue 8 mois après, poids stationnaire. Insomnies. Pas de bouffées de chaleur. T. A. 13-9, localement utérus normal, bien réglée.

Obs. XV. — Mme J..., 40 ans, opérée en janvier 1935. Myomectomie pour fibrome compliquant une grossesse.

Accouchement normal en juin 1935. Mais 3 mois après des hémorragies et des douleurs. Récidive de fibrome. Hystérectomie subtotale en novembre 1935. Revue le 4 septembre 1937, localement excellent état, pendant 16 mois aucun trouble, suivait un traitement opothérapique. A cessé son traitement en janvier 1937. A engraisé alors de 9 kgs. Bouffées de chaleur, nervosité, algie dans les membres, reprise du traitement en juillet 1937, régression des troubles.

Nous voyons que si la myomectomie est parfois facile et d'un bon pronostic, le risque de récidive subsiste et fait réserver cette intervention à des cas bien limités chez des femmes jeunes susceptibles d'avoir une grossesse.

Disons enfin un mot des observations de polypes que nous avons relevées au cours de notre enquête. Nous en avons examiné 8. Une seule a subi l'hystérectomie avec conservation des ovaires. L'aspect suspect de la tumeur a fait craindre une néoplasie que l'examen microscopique n'a pas confirmé. Cette opérée n'a pas eu de troubles depuis l'intervention. Elle est encore réglée.

Chez les autres opérées après l'intervention (excision et cautérisation au chlorure de zinc), les suites ont été normales et simples. Toutes ont été réglées normalement pendant plusieurs mois, après quoi elles ont fait leur ménopause naturelle. Cette forme clinique de fibrome est donc une toute autre maladie que celle que nous avons étudiée auparavant tant par son traitement que par son évolution.

TRAITEMENT OPOTHERAPIQUE. -- REGIME RESULTATS CONSTATES

Lorsque fut établie la loi des synergies fonctionnelles entre les glandes endocrines on s'aperçut de l'insuffisance de l'opothérapie ovarienne isolée. L'équilibre organique rompu par l'ablation des ovaires entraîne des désordres plus ou moins importants dont une part semble revenir à l'hypophyse, à la thyroïde, à la surrénale. Aujourd'hui, on tâche de fournir à l'organisme des extraits glandulaires variables suivant les cas dans le but de régulariser le fonctionnement des différentes glandes endocrines. Le traitement à instituer devra donc tendre avant tout à remplacer la sécrétion ovarienne supprimée. Il y a donc avantage capital à créer artificiellement un cycle comparable au cycle normal en donnant successivement folliculine et corps jaune.

La folliculine est administrée en injections sous-cutanées ou intramusculaires.

Les solutions huileuses se dissociant lentement dans les tissus, permettent de ne faire qu'une ou deux injections par mois à huit jours d'intervalle.

Les doses à instituer varient selon les auteurs : 1.000, 10.000, 50.000 unités.

Aux injections de folliculine et dans la période correspondant à la deuxième moitié du cycle ovarien, sont associées des injections de corps jaune à la dose de 300 à 600 unités lapin.

Kauffmann a provoqué ainsi une menstruation véritable chez une femme castrée avec conservation de l'utérus seul depuis cinq ans.

Mais les troubles sont parfois sous la dépendance de l'hypophyse de la thyroïde, il est donc utile d'ajouter à l'opothérapie ovarienne le traitement correspondant des autres troubles endocriniens. On administre alors une association de poudre de glandes par voie buccale.

Les injections interstitielles de folliculine sont souvent remplacées, nous le verrons dans nos observations, par l'administration selon le même cycle de poudre d'extrait d'ovaire ou de folliculine par voie buccale.

Nous insisterons également sur le régime alimentaire que les opérées ont intérêt à suivre. Afin d'éviter une augmentation exagérée des réserves nutritives, on doit leur conseiller de s'abstenir le plus possible de farineux, de sauces, de matières grasses.

En cas de poussée hypertensive, on a recours au régime hypoazoté.

Parmi nos observations, on constate que 35 opérées n'ont pas suivi de traitement endocrinien ni de régime alimentaire. C'est parmi elles que nous avons trouvé des tableaux cliniques les plus complets.

Obs. XVI. — Mme L..., 37 ans, opérée le 27 décembre 1935 à 35 ans. Hystérectomie subtotale pour fibrome de la grosseur du poing. Revue le 25 août 1937, a grossi de 20 kgs, de 65 à 85 kgs. A des bouffées de chaleur très fréquentes et très intenses. 10 par jour. Asthénie marquée. Se fatigue très vite au travail. Très irascible. T. A. 16-8.

Pas d'extrait d'ovaire ni de régime.

Par contre, 89 opérées ont subi un traitement endocrinien, la plupart d'entre elles ont suivi un régime alimentaire sinon dès le début du moins lorsqu'elles se sont aperçues d'une légère augmentation de poids.

44 ont pris régulièrement pendant une durée de 1 à 3 ans, 10 jours chaque mois de l'extrait d'ovaire en poudre.

24 ont pris dans les mêmes conditions de la folliculine par voie buccale.

20 ont suivi le même traitement, mais fort peu de temps, de 1 à 3 mois.

9 d'entre elles ont pris en même temps que l'extrait d'ovaire de l'extrait thyroïdien et de l'extrait hypophysaire.

6 enfin ont reçu chaque mois une injection intramusculaire de folliculine pendant une durée de 2 à 3 ans. L'une d'elle a suivi le traitement 7 années.

Les meilleurs résultats sont dus incontestablement aux injections de folliculine. Toutes ont vu leur état général sensiblement s'améliorer alors même que parfois l'extrait d'ovaire per os n'avait pas d'action.

Obs. XVII. — Mme P..., 37 ans, opérée le 29 août 1936. Hystérectomie totale, pour fibrome et polype du col. Revue le 7 septembre 1937, poids stationnaire à 66 kgs. Quelques bouffées de chaleur et sueurs. A eu des douleurs dans les membres. T. A. 12-8.

A pris des cachets ovariens, sans effet sur les bouffées et les douleurs.

Folliculine intra-musculaire, chaque mois une injection ; les troubles ont cessé presque totalement.

Obs. XVIII. — Mme B..., opérée le 4 décembre 1935. Hystérectomie abdominale haute, utérus fibreux très gros, à droite gros ovaire, à gauche ovaire sclérokystique.

Revue le 5 septembre 1937. A perdu un kilo. Les premiers mois a eu des bouffées de chaleur, fourmillement dans les membres. Acrocyanose apparue depuis l'intervention. T. A. 13-8.

A pris au début de la poudre d'ovaire sans aucun résultat. Reçoit chaque mois une injection de folliculine intramusculaire qui a fait presque disparaître les troubles. Il y a 3 mois, n'a pas eu de folliculine, les symptômes sont réapparus jusqu'à la nouvelle injection.

Parmi celles qui ont simplement pris de l'extrait d'ovaire par voie buccale, un grand nombre : 58, ont été soulagées. En effet, lorsque la malade se sentant mieux essaye de cesser son traitement, les troubles reprennent et ne cèdent qu'à la reprise.

Enfin le régime alimentaire, dans de nombreux cas, a fait sensiblement diminuer l'obésité.

Nous devons cependant reconnaître l'impuissance du traitement dans certains cas. Parfois il est simplement inefficace. Les troubles persistent et la malade

abandonne le traitement, et ce n'est qu'à partir de la troisième année que tout rentre petit à petit dans l'ordre sans le secours de la thérapeutique. Par ailleurs il nous a été donné d'observer 3 fois l'exacerbation de certaines manifestations, tels que bouffées de chaleur, céphalées, sueurs, vertiges à la suite d'ingestion d'extrait d'ovaire. Enfin 2 fois nous avons constaté un trouble anaphylactique sous forme d'urticaire géant.

CONCLUSIONS

Nous apportons sur une statistique de 212 fibromes opérés les résultats utilisables de 131 malades. Leur étude nous permet de conclure :

I. — Le traitement chirurgical idéal du fibrome utérin reste la myomectomie, à indications fort limitées malheureusement. Dans la grande majorité des cas l'hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes reste l'intervention de nécessité. Mais chaque fois qu'il le peut le chirurgien doit conserver le maximum, soit un ovaire, soit les annexes des deux côtés.

II. — Le pronostic vital de l'intervention reste bon. Seul persiste le risque de mort subite par embolie contre lequel la thérapeutique est impuissante actuellement, mais qui n'atteint pas la fréquence de 2 %.

III. — Localement le résultat est excellent : les femmes opérées sont délivrées des douleurs et des hémorragies qui retentissaient fortement sur leur état général.

IV. — Les troubles dus à la castration sont constants. Nous n'avons pas rencontré les tableaux dramatiques décrits par certains auteurs. Leur apparition est précoce. D'emblée au maximum ils subissent parfois des poussées de recrudescence à l'époque présumée des règles. Mais nous insisterons sur le fait qu'ils diminuent d'intensité à partir de la fin de la deuxième année jusqu'à ne plus entraver l'activité générale. Et on peut considérer qu'aucune femme n'est gênée 5 ans après l'intervention.

Ces troubles sont dus au déséquilibre ovarien et à celui des autres glandes endocrines. Hypophyse et thyroïde surtout. Leur intensité dépend de l'état physique général avant l'intervention et de l'état du système nerveux.

Enfin ils sont plus marqués chez celles qui n'ont pas suivi de traitement opothérapique.

V. — C'est en effet l'enseignement utile qui paraît se dégager de notre étude. Toute femme opérée d'hystérectomie avec ablation des annexes doit être revue par le chirurgien pendant plusieurs années ; il doit suivre chez elles les manifestations de la ménopause et instituer un traitement endocrinien. Il ne doit pas se contenter d'administrer l'extrait d'ovaire sous n'importe quelle forme. Il doit en suivre les effets pour éviter certaines intolérances ou en cas d'inefficacité changer ses prescriptions. La voie interstitielle semblant donner de meilleurs résultats.

On arrive ainsi à permettre à l'opérée de passer la période pénible qui suit l'intervention et qui ne dépasse pas 5 années. Après quoi on peut cesser tout traitement.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRANT.** — Etude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hystérectomie simple et à l'ophorohystérectomie. (*Thèse Paris*, 1899).
- BACQ.** — Contribution à l'étude des glandes sexuelles dans le métabolisme. (*Annales de Physiologie et de Physicochimie*, 659-709, 1929).
- BASSET.** — 107 interventions pour fibromes. (*Revue d'Obstétrique et de Gynécol.*, Paris, 1^{er} décembre 1930).
- BAUDET.** — Traitement des fibromes utérins. (Paris, 1920. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, XLVI).
- BARON.** — Hystérectomie conservatrice ovarienne et ses résultats. (*Thèse Paris*, 1931).
- BLOCH.** — Indication thérapeutique des fibromes utérins. (*Evolution médico-chirurgicale*, Paris, 1923).
- BUISSON.** — Contribution à l'étude des fibromes après la ménopause. (*Thèse Paris*, 1927).
- CAUCHOIX.** — Indication thérapeutique dans les fibromes utérins. (*Bulletin médical*, 26 juin 1920).
- CHAMPY.** — Traitement de la ménopause. (*Revue de Médecine internationale*, décembre 1929).
- COTTE.** — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Masson, 1931).
- Hypertension des femmes castrées et hypertension et fibromes utérins. (*Lyon Médical*, 10 février 1923).

- Quelle place donner aux myomectomies dans le traitement des myomes utérins ? (*Paris Médical*, 21 décembre 1935).
- CRAINICEANO. — Traitement de l'insuffisance ovarienne. (*Romania Medicala*, octobre 1932).
- DOLÉAS. — Accidents tardifs de la castration ovarienne et ménopause physiologique. (*Thèse de Toulouse*, 1922).
- FOURMESTRAUX (DE). — Traitement des troubles de la ménopause artificielle. (*Congrès de l'Association de Gynécol. et Obst. de langue française*, Paris, octobre 1933, p. 498).
- FABRE. — Lésion des ovaires dans les fibromes utérins.
- FIESSINGER. — Physiopathologie des syndromes endocriniens. (Masson, 1933).
- GIROUX et YACOEL. — L'hypertension de la ménopause. (*Bulletin Médical*, 21 juin 1924).
- JAYLE. — De l'état de la femme après castration ovarienne, utéro-ovarienne, utérine simple. (*Académie de Médecine*, 3 mai 1896).
- Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme. (*Revue de Gynécol. et Chirurgie abdominale*, 1897).
- Effets physiologiques de la castration chez la femme. (*Revue de Gynécol. et Chirurgie abdominale*, 1897).
- Insuffisance ovarienne. (*Presse Médicale*, 1900, p. 133).
- JEANNENEY. — Insuffisance ovarienne et traitement. (*Expansion scientifique française*, Paris, 1935).
- JEANSELME et TOURAINE. — Troubles psychiques après la castration chez la femme. (1911).
- JONG (DE). — L'ovaire chez les fibromateuses. (*Annales Gynéco-Obstétrique*, 1914).

- KEEN** et **BLOCK**. — Traitement des fibromes utérins. (*The American Journal of Obstetric and Gyneco.*, juin 1929).
- KERWIN**. — Effect of castration. (*Journal Missouri State Medical Asso.*, août 1919).
- LAGUEUR**, **WAGNER**, **VON VELDEN**. — Valeur de la thérapeutique ovarienne. (G. Thienne, éditeur, 1932).
- LAIGNEL-LAVASTINE**. — Pathologie du sympathique. (Alcan, éditeur, Paris).
- LÉVY-VALENSI**. — Etat mental de la ménopause. (*Journal Médical Français*, mars 1928).
- LISSAC**. — Troubles de la castration chez la femme. (*Thèse de Paris*, 1896).
- MAGNOL**. — Contribution à l'étude des psychoses observées à la suite de l'ablation des ovaires. (*Thèse de Paris*, 1924).
- MARIE** (A.) et **FOURCADE**. — Le syndrome anovarique post-opératoire et son traitement. (*Société de Médecine de Paris*, 9 décembre 1921).
- MARTINEZ**. — Influence de la ménopause sur le psychisme. (*Archives de Medecina Cir. y Esper.*, N° 47, 28 octobre 1931).
- MÉRIEL** et **RIEUMANN**. — Conservation ovarienne après hystérectomie. Etude clinique et expérimentale. (*Revue Fr. de Gynécol. et Obst.*, 6 juin 1935).
- MORHARDT**. — Hormones préhypophysaires et la pathologie génitale. (*Gynécol. et Obst.*, 1931, N° 1, page 65).
- NABIAS** (DE). — Traitement des troubles de la ménopause artificielle. (*Congrès de l'Association des Gyn. et Obst. de Paris*, 1933).
- NOVAK**. — Etat présent de l'opothérapie ovarienne. (*Journal of the American Med. Ass.*, XCL, sept. 1928).
- OSBORN POLAK**. — Résultats de la chirurgie conservatrice des ovaires. (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, oct. 1929).

- PAGE et FERRY. — Etude des résultats éloignés de la conservation des ovaires dans l'hystérectomie. (*Journal des Praticiens*, 19 septembre 1925).
- PAILLARD. — Hypertension des femmes castrées. (*Journal médical français*, août 1925).
- PERRIN et BLUM. — Basedow après castration. (*Revue médicale de l'Est*, 8 janvier 1906).
- POOL et HAWKS. — Résultats de la chirurgie de l'utérus et des annexes. (*Surg. Gyn. and. Obst.*, vol. XLI, déc. 1925).
- RAUGEL-PINZON. — Contribution à l'étude des lésions annexielles dans les fibromes utérins. (*Th. Genève*, 1927).
- ROGER et BINET. — Traité de Physiologie. (Masson et C^{ie}).
- RELIER. — Chirurgie conservatrice en gynécol. (*Thèse Paris*, 1936).
- SAINTON. — La ménopause artificielle. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 30 juin 1933).
- SARDIN (Mme). — Fibromes utérins. Rapports avec le dysfonctionnement endocrinien. (*Thèse Paris*, 1935).
- SERDJUKOFF. — Accidents de la castration chez la femme. (*Gynécologie*, 1930).
- TEHUDE et DARNER. — End. Results in conservatine and radical ovarian Surgery. (*J. of the Amer. Med. Ass.*, 28 janvier 1928, p. 284).
- TIXIER. — Indication thérapeutique des fibromes utérins suivant l'âge des malades. (*J. de Médecine de Paris*, 1924, XLIII).
- Sur les complications éloignées de la simple hystérectomie subtotale pour fibrome et kyste du corps. (*Lyon Chirurgical*, 1923, XX, 250-253).
- TIXIER et LABEY. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. (*Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1924).

- TUFFIER et MANTE. — Accidents de la ménopause artificielle. (*Presse Médicale*, 23 novembre 1912).
- VAUDESCAL. — Traitement des troubles de la ménopause artificielle. (*VIII^e Congrès de l'Association des Gyn. et Obst. de Paris*).
- VIGNES. — Physiologie de l'ovaire. (*Traité de physiologie normale et pathologique*).
- Troubles de la ménopause. Comment les interpréter. Comment les soulager. (*Presse Médicale*, 10 juin 1933).
- WEIL (M.-P.). — Rhumatisme de la ménopause. (*J. Médical français*, mars 1928).
- WATRIN et BRABANT. — Répercussion de l'hystérectomie sur l'histophysiologie, ovarienne. (*Archives Belges de Biologie*, t. XLIII, f. II, 1932).
- WERNER et COLLIER. — Action des injections de folliculine chez la femme castrée. (*J. of American Medical Assoc.*, N° 9, 1-3, 1933).
- YUNG. — Sur l'importance des troubles consécutifs à l'hystérectomie totale ou subtotale avec conservation d'un ovaire (*Schwerzerische Medizinische Wochenschrift*, t. LVIII, N° 46, 1928).
- ZONDECK. — Folliculine. (*Klin. Wochenschrift*, 26 novembre 1929).

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Etat actuel du traitement chirurgical des fibromes	11
— Statistique des lésions observées et des opérations chirurgicales pratiquées	11
Résultats immédiats	17
Résultats éloignés	19
— Historique de la ménopause chirurgicale	19
Symptomatologie de la ménopause artificielle	23
— Troubles congestifs et circulatoires	23
— Troubles du métabolisme	28
— Troubles nerveux et psychiques	33
Résultats éloignés des hystérectomies avec conservation d'un ovaire ou des annexes des deux côtés	35
Résultats des myomectomies et des ablations du polype	38
Traitement opothérapique. Régime. Résultats constatés	40
Conclusions	45
Bibliographie	49



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE

